FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1891-92 N° 8

ANALYSE ET SYNTHÈSE

DES ÉTUDES FAITES SUR

L'INFANTICIDE PAR FRACTURE DU CRANE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 6 NOVEMBRE 1891

PAR

Jean-Bertrand SARRAT

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Mercédès, Province de Buenos-Ayres (République Argentine), le 16 octobre 1865.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MORACHE,	professeur,	*président,*
LANELONGUE,	professeur,	*juges.*
DENUCÉ,	agrégé,	
MESNARD,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES............. Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE.......................... } Professeurs honoraires.
MERGET .... }

Clinique médicale	MM. PICOT.
	PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS.
	LANELONGUE.
Pathologie interne....	DUPUY.
Pathologie externe....	AZAM.
Pathologie et thérapeutique générales....	VERGELY.
Thérapeutique....	DE FLEURY.
Médecine opératoire....	MASSE.
Clinique obstétricale....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique....	COYNE.
Anatomie....	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie....	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale....	MORACHE.
Physique....	BERGONIÉ.
Chimie....	BLAREZ.
Histoire naturelle....	GUILLAUD.
Pharmacie....	FIGUIER.
Matière médicale	PERRENS.
Médecine expérimentale....	FERRÉ Ch^e.
Clinique ophtalmologique....	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	ARNOZAN.
	N.
	MOUSSOUS.
	DUBREUILH.
	MESNARD.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe....	PIECHAUD.
	LAGRANGE.
	POUSSON.
	DENUCE.
	VILLAR.
Accouchements....	RIVIÈRE.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. { MM. BOURSIER. FERRÉ. | Histoire naturelle.. M. DE NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique....	MM. N.
Chimie et Toxicologie....	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MM. MOURE.
Clin. chir. des enfants.	PIECHAUD.	Maladies mentales....	N.
Clin. des mal. syphil. et cutan...	ARNOZAN.	Accouchements.......	RIVIERE.
Clin. des mal. des femmes.	BOURSIER.	Chimie....	DENIGÈS.
Clin. des mal. des voies urin....	POUSSON.	Physique....	SIGALAS.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les « Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs « et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR MORACHE

Directeur du Service de santé du 18e Corps d'armée, Professeur de Médecine légale,
Officier de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

ANALYSE ET SYNTHESE

DES ÉTUDES FAITES SUR

L'INFANTICIDE PAR FRACTURE DU CRANE

INTRODUCTION

Parmi les différents modes d'infanticide, les fractures du crâne occupent le second rang par ordre de fréquence. En effet, les statistiques que nous avons pu consulter nous donnent une moyenne de 40 par suffocation et de 23 par fracture du crâne, sur 100 cas d'infanticide. D'après Tardieu, sur 555 cas, 281 par suffocation et 70 par fracture du crâne. Enfin, d'après Ollivier, d'Angers (1), sur 100 causes de mort violente des nouveau-nés, il y en a 80 par fracture du crâne.

Moralement, ce genre de crime est empreint d'une plus haute gravité, car il s'accompagne toujours des plus odieuses brutalités et s'il est quelquefois difficile à l'expert médical d'établir la culpabilité de l'inculpée dans les cas de suffocation,

(1) Ollivier, d'Angers (*Annales d'hygiène et de médecine légale.* Paris, juillet 1889). Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales Dechambre (Article *Infanticide.* Paris, 1879).

il n'en est pas de même, ordinairement, dans les cas de fracture du crâne, où le crime saute aux yeux, même dans les cas qui auraient pu paraître douteux au premier abord.

D'ailleurs, si dans les autres genres d'infanticide, des recherches longues et minutieuses parfois sont nécessaires, ici, un examen macroscopique, en somme très simple, du crâne de l'enfant, nous permet de donner à la justice des réponses affirmatives.

Les fractures du crâne chez le nouveau-né sont produites par des procédés assez peu variés. Après quelques considérations générales sur le sujet, nous étudierons séparément ces différents modes de production, en nous proposant de grouper dans chaque chapitre tous les cas qui peuvent s'y rapporter.

Nous ne pourrons dans cette première partie que donner le résumé des opinions des auteurs les plus autorisés que nous avons consultés, la discussion seule nous sera permise personnellement.

A notre grand regret, nous n'apportons, dans cet ouvrage, qu'un très petit nombre de faits personnels. Ce n'est pas au début de la carrière qu'on peut publier soi-même des rapports médico-légaux. Malgré ce grand obstacle, nous avons voulu tenter un effort, faire de notre travail un résumé complet de la question, comme d'autres l'ont fait pour l'infanticide par suffocation. Nous aborderons des discussions sur lesquelles les opinions des auteurs sont encore partagées, mettant toute notre bonne foi à tâcher de les résoudre sans parti pris.

Nous suivrons, à cet effet, la méthode de notre maître M. le professeur Morache; c'est à lui que nous devons les principales idées émises dans notre travail, que nous avons puisées dans son cours sur l'infanticide, auquel nous avons eu l'avantage d'assister durant le semestre d'hiver dernier.

Qu'il nous soit permis de le remercier de ses savantes

leçons et de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Que M. le professeur agrégé Boursier nous permette de lui adresser ici toute notre gratitude pour sa bienveillance et les bons enseignements pratiques qu'il n'a cessé de nous prodiguer, dans sa clinique gynécologique, aux consultations gratuites.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES FRACTURES DU CRANE DANS L'INFANTICIDE. — ANOMALIES D'OSSIFICATION.

Le cadavre d'un enfant nouveau-né que l'on suppose avoir été victime d'un crime est soumis à l'examen médico-légal. Après avoir noté l'aspect général, on devrait toujours rechercher avec soin, en palpant très légèrement la tête du cadavre, s'il n'y a pas fracture des os du crâne. Il n'est pas rare, malheureusement, que dans les cas d'infanticide ces lésions de la tête passent inaperçues aux yeux d'un expert appelé fortuitement par la justice, comme il arrive dans les campagnes. Quelquefois on peut ne pas reconnaître, par le palper, une solution de continuité des os du crâne et l'on doit, après avoir enlevé délicatement le cuir chevelu, examiner de plus près, une simple fêlure pouvant passer inaperçue au premier examen.

On peut rencontrer sur les os crâniens des solutions de continuité congénitales qu'on pourrait prendre pour des fractures accidentelles faites par une main criminelle. Les anomalies d'ossification sont plus fréquentes qu'on ne le croirait et elles peuvent affecter des formes diverses, depuis les grandes lacunes jusqu'aux fentes et aux fissures.

Les fissures se rencontrent, le plus souvent, sur l'occipital et les pariétaux, naissant à la partie postérieure de la suture sagittale et se dirigeant vers la bosse pariétale sans l'atteindre en général. Elles sont tantôt parallèles à la suture, tantôt perpendiculaires, se dirigeant alors vers le frontal. Ordinairement il n'y a qu'une seule fissure.

Les manques d'ossification ou lacunes ont été signalées par les auteurs les plus anciens (1). Il est certain qu'en dehors des cas d'expertise elles passent le plus souvent inaperçues. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de rencontrer ce genre d'anomalie en examinant des crânes des fœtus dans l'amphithéâtre de l'École de médecine navale de Rochefort, et dernièrement dans une clinique de M. le professeur agrégé Moussous, à l'hôpital des enfants, à l'occasion de l'autopsie d'un enfant mort de lésions cérébrales congénitales, on trouva sur un os pariétal une lacune considérable. Les anomalies sont souvent symétriques. Jamais elles ne présentent d'enfoncement comme dans les fractures et ne sont jamais ecchymosées sur les bords.

Les fêlures et les fissures se distinguent des fractures en ce que leurs bords sont lisses, rectilignes, légèrement onduleux, mais toujours parallèles aux rayons d'ossification, en ce qu'il existe presque toujours une mince couche de cartilage entre les bords ; enfin, en ce qu'elles ont un siège spécial et sont en général disposées symétriquement lorsqu'elles sont multiples.

Les lacunes se font reconnaître encore plus facilement d'après leur forme de trous arrondis dépassant la dimension d'une pièce de 50 centimes ou de zigzags. A leur niveau, l'os est remplacé par du cartilage ou bien elles sont comblées par une couche osseuse, d'épaisseur variable. Lorsqu'on regarde par transparence un os qui présente ces anomalies, on y voit des plaques d'une moins grande opacité dont les bords sont très minces, l'épaisseur de l'os augmente insensiblement à la périphérie. Elles siègent de préférence sur les pariétaux entre la bosse et la suture sagittale.

---

(1) Meisner, Siebod, Chaussier, Ollivier d'Angers, d'Outrepont, Höre, Mende, Hédinger, Siegel en rapportent des observations.

Il y a des cas (1) très fréquents où l'on rencontre sur le même crâne des anomalies d'ossification, fissures ou lacunes congénitales en même temps que des fractures accidentelles, tout vice de conformation des os du crâne étant une cause prédisposante aux fractures. Nous aurons l'occasion dans la suite de cet ouvrage d'en rapporter quelques observations des plus intéressantes, citées dans les auteurs les plus autorisés. Il est parfois difficile, lorsqu'on se trouve en présence de ces deux lésions concomitantes, de se prononcer pour savoir s'il y a eu violence criminelle.

Un cas très compliqué que nous empruntons au *Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux* (2) et qui a prêté à une longue discussion, nous a paru assez typique. C'était une accusation d'infanticide, enfant mort à 6 mois de la vie intra-utérine, macéré, jeté dans les latrines après avortement. On trouvait un caillot épanché dans le crâne et une fracture : solution de continuité sur le pariétal gauche se dirigeant du bord postérieur vers le centre de l'os. Les fragments chevauchaient l'un sur l'autre.

Le docteur Peyraud qui présentait l'observation concluait pour l'infanticide, admettant la fracture; mais on lui objectait que la forme arrondie de l'un des fragments ferait plutôt croire à un défaut d'ossification. Pour arriver à la certitude, il s'agissait de démontrer dans le cas présent que la fracture avait été produite pendant la vie (3).

---

(1) Dugès. Recherches sur les maladies les plus importantes et les moins connues des enfants nouveau-nés (Thèse de Paris, 1821).

(2) *Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux* (séance du 29 novembre 1872), sur un cas d'infanticide, Peyraud.

(3) Étude médico-légale sur l'infanticide. Tardieu (Paris, 1868), pl. 3, fig. 3 et 4. Tête d'enfant à terme offrant un exemple remarquable de défaut d'ossification sur les différents os du crâne. Musée de Depaul. Tête d'enfant à terme présentant une raréfaction du tissu osseux de la voûte du crâne. Collection de Blot.

Les fractures ont-elles été produites pendant la vie ou après la mort du nouveau-né?

Le cadavre de l'enfant abandonné a été exposé à diverses violences accidentelles qui peuvent avoir déterminé des fractures du crâne. Il faut examiner avec beaucoup de soin dans chaque cas particulier si les fractures ont été faites avant ou après la mort du nouveau-né.

Très souvent, à l'autopsie des nouveau-nés, on trouve une congestion très vive des méninges, des os du crâne, du cuir chevelu, accompagnée parfois d'épanchements sanguins plus ou moins étendus entre la face externe de l'os et le périoste. Ces lésions pourraient se produire accidentellement aux autopsies. Pour éviter cet embarras, qui laisserait un doute fâcheux dans l'esprit de l'expert, nous pensons qu'on ne devrait jamais ouvrir le crâne qu'après s'être bien assuré à l'avance qu'il était intact, comme nous l'avons dit plus haut.

Si le crâne a été fracturé peu de temps après la mort, les bords de la fracture seront fortement imbibés de sang, il y aura même un épanchement abondant de liquide soulevant le périoste; mais lorsque la fracture aura été faite pendant la vie, on trouvera du sang coagulé, un épanchement demi-liquide abondant, dans les cas récents, occupant les bords et le voisinage de la fracture.

D'après Casper, les fractures produites pendant la vie auraient des bords irréguliers et dentelés, tandis que celles qui sont faites après la mort ont des bords nets et réguliers. Cette opinion n'est pas juste et ce n'est pas d'après la fracture elle-même qu'il peut être possible de préciser, mais c'est plutôt d'après les traces de sang épanché.

En effet, lorsqu'on examine par transparence les os fracturés,

on constate un liseré rouge formé par l'infiltration du sang au niveau de la fracture. Les os brisés sur le cadavre restent blafards et d'une teinte uniforme, ne sont jamais recouverts d'une couche de sang épanché ou coagulé.

Parfois, lorsque la putréfaction a altéré les caractères anatomiques des lésions produites, il peut être difficile de se prononcer, comme nous l'avons vu pour le cas présenté à la Société de Médecine de Bordeaux. Je puis encore citer un fait : « Un agent de police laissa tomber le corps d'un enfant soumis aux constatations médico-légales. Les médecins requis par le parquet ne s'entendirent pas sur la question de savoir si les fractures avaient été produites pendant la vie ou après la mort. MM. Degrange et Lafargue furent consultés, et se basant sur l'existence d'une ecchymose intra-crânienne, ils n'eurent pas de peine à établir que la fracture avait été faite pendant la vie » (1).

Nous considérons comme produites pendant la vie les fractures qui ont eu lieu avant et pendant l'accouchement.

---

(1) *Bull. de la Société de Médecine de Bordeaux 1872.* (Séance du 29 nov.)

CHAPITRE II

FRACTURES DU CRANE PRODUITES AVANT ET PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Le fœticide n'est pas l'infanticide devant la loi. Article 300 du Code pénal : « Est qualifié d'infanticide, le meurtre d'un enfant nouveau-né ». Sans nous arrêter à discuter ce qu'il faut entendre par vie du fœtus, à savoir à quel âge de la vie fœtale il peut y avoir infanticide et quelle peut être la distinction à établir entre accouchement et avortement, nous étudierons, dans ce chapitre, les fractures du crâne produites chez l'enfant dans le ventre de sa mère par une violence criminelle.

Les mères accusées d'infanticide attribuent souvent la mort du fœtus et les blessures que l'on trouve chez leurs enfants à une lésion de la vie intra-utérine. Or, il n'y a qu'un très petit nombre de cas de blessures mortelles produites pendant la vie intra-utérine et les quelques observations qu'on en cite sont même ébranlées par une critique sérieuse. Il est en effet difficile d'admettre que le crâne d'un fœtus puisse être fracturé dans l'utérus pour plusieurs raisons :

1° La tête est abritée par sa position dans l'eau de l'amnios;

2° Elle est garantie par sa situation même dans l'utérus;

3° Il est facile de prendre pour une blessure faite dans l'utérus une lésion provenant de l'accouchement.

Nous avons passé en revue les observations rapportées par les auteurs sur ce sujet, toutes sont douteuses nous l'avons dit. Casper en cite des exemples tout aussi peu probants, entr'autres un cas avec application de forceps pour la présentation. Enfin

l'enfant peut continuer à vivre, même après que de grandes violences ont été exercées sur l'abdomen de la femme enceinte. Dans le même auteur on trouve ce récit : « Une femme enceinte de huit mois qui tomba sur le bord d'un tonneau eut une hémorrhagie abondante du vagin, s'évanouit. Quarante-sept jours après elle accoucha sans difficulté d'un enfant bien portant, dont l'os frontal droit présentait un enfoncement de quatre millimètres sans qu'il y ait une blessure à la peau; cet enfoncement, qui avait presque la forme d'une étoile, avait entièrement disparu trois mois après ».

Bohl a rapporté à l'Académie de médecine de Paris qu'une primipare, âgée de 27 ans, se trouvant en mal d'enfant, mais les membranes n'étant pas rompues, tomba du deuxième étage dans une cour; elle eut une fracture du fémur et plusieurs contusions. La tête de l'enfant avait traversé l'orifice, il fut extrait par le forceps, avec de légères tractions. Le tissu cellulaire sous-cutané du crâne présentait des ecchymoses, au-dessous de l'aponévrose qui était intacte, il y avait dans la région pariétale une extravasation de sang noir. Les deux pariétaux étaient fracturés.

L'observation de Mashka ressemble à celle qui précède : « Une femme enceinte de huit mois tomba du second étage sur le sol, elle eut une fracture des deux fémurs et mourut six heures après. Le fœtus trouvé dans l'utérus présentait plusieurs fractures des pariétaux avec des extravasations sanguines et des coagulations à la surface externe et interne de la cavité crânienne ».

Nous n'avons pas trouvé une seule observation de fracture du crâne produite par un coup porté volontairement sur le ventre d'une femme enceinte. Cela s'explique : avant le dernier mois de la grossesse, la tête du fœtus siège vers le fond de l'utérus au-dessus de l'ombilic; or, dans cette région, pour pro-

duire un écrasement il faudrait que la tête fût prise entre la violence et une résistance qui serait la colonne vertébrale de la femme, ce qui n'est pas possible à cause de la mobilité parfaite de la tête, qui glisserait facilement dans un des hypocondres. Pendant les dernières semaines, lorsque la tête est engagée au détroit supérieur, elle appuie il est vrai sur le promontoire d'une part, mais un coup porté perpendiculairement à la cinquième vertèbre lombaire, passerait à peu près par le pubis, et cette arcade osseuse très solide épuiserait la violence; d'autre part, un coup porté suivant une ligne oblique qui passerait vers le milieu de la ligne qui va du pubis à l'ombilic, se dirigeant vers le promontoire, n'aurait pour action que d'engager la présentation en forçant la tête à descendre dans l'excavation.

Nous ne dirons qu'un mot des autres modes de production de fractures du crâne, par acupuncture (1), et par armes à feu. Ces faits sont très rares et ne prêtent à aucune discussion, l'infanticide volontaire dans ces cas est par trop évident.

Pour produire des fractures du crâne à travers les parois du ventre chez une femme enceinte, il faut des violences accidentelles si considérables que les exemples en sont aussi rares qu'il est fréquent, au contraire, que ces fractures soient dues à des actions criminelles ayant lieu après l'accouchement. Dans les cas douteux, nous suivrons les indications que nous dicte Casper :

« 1° Rechercher si l'enfant a respiré;

» 2° Vérifier la proportion qui existe entre les dimensions du bassin et celles de l'enfant;

» 3° Explorer avec soin le corps de l'enfant, afin de bien cons-

(1) Rigal. Infanticide par acupuncture. *Bulletin de l'Académie de médecine de Paris,* 1840-41, t. VI.

tater s'il ne présente pas d'égratignures, d'ecchymoses ou de blessures;

» 4° Examiner le degré de consistance des os du crâne, rechercher s'il y a des anomalies d'ossification, dans certains cas l'état du col et du sang extravasé;

» 5° Considérer avec soin toutes les circonstances de la violence en question;

» 6° Considérer quel a été l'état de santé de la femme pendant le temps qui a séparé la violence de l'accouchement;

» 7° Considérer comment s'est passé l'accouchement, si le forceps a été employé. Quelquefois, dans ce dernier cas, il s'élève une plainte contre l'accoucheur qui est accusé d'avoir produit la lésion par impéritie ».

La fracture du crâne s'est-elle produite pendant le travail ou par le fait de l'accouchement?

Exostoses et viciations du bassin.

1° La fracture peut être produite par une exostose du bassin (1). Ce vice de conformation étant rare et d'ailleurs très facile à constater, nous passons outre.

2° La fracture peut être produite par la pression de la tête contre l'angle sacro-vertébral dans un bassin même peu rétréci.

Voici les données acquises par les expériences faites à ce sujet :

---

(1) Tardieu. Etude méd. lég. sur l'inf., planche III; *loco cit.*, fig. I et II.

Fracture du pariétal gauche avec enfoncement s'étant produit pendant l'accouchement d'une femme qui avait un vice de conformation du bassin et chez laquelle le forceps avait été appliqué (pièce tirée du musée de Depaul).

Dépression du coronal gauche s'étant produite pendant l'accouchement d'une femme qui avait un vice de conformation du bassin et sans qu'on se fût servi du forceps (musée de Depaul).

Une sphère dure, convexe, décrite par un rayon de 6 centimètres, produit une dépression osseuse par une pression de 19 à 26 kilos et une fracture par une force de 50 à 60 kilos.

Un corps anguleux non pointu analogue à l'angle sacro-vertébral, c'est-à-dire dont la surface sphérique est décrite par un rayon de 2 à 3 centimètres produit une fracture en pesant avec une force de 20 kilos.

Or, comme nous le verrons plus loin, la force de l'utérus en contraction peut être évaluée à 26 kilos en moyenne, il est donc certain que cette force s'exerçant sur la tête du fœtus pendant le travail, soit par un vice accidentel du bassin (exostose), soit par un vice de conformation (bassin rachitique), soit par une mauvaise direction du détroit supérieur (bassin oblique, ovalaire), soit enfin par une trop grande dimension de la tête du fœtus, est capable d'occasionner des fractures du crâne. On cite même des cas ou l'étroitesse du bassin, sans vice de conformation, a suffi pour déterminer des fractures. Mais il est difficile, comme le fait observer Ollivier, d'Angers (1) *(Annales de médecine légale),* juillet 1844, page 162), qu'un expert tant soit peu attentif ne reconnaisse pas, à la déformation générale du crâne, que la lésion des os dépend uniquement de l'enclavement plus ou moins prolongé de la tête dans l'excavation.

Haller disait que toute fracture du crâne chez le fœtus était le résultat d'une violence extérieure. Camper et Rœderer soutinrent le contraire. Cette opinion dernière fut aussi celle de Chaussier qui le premier a signalé les lésions produites par un angle sacro-vertébral trop prononcé.

Ces fractures peuvent être directes ou indirectes.

Les fractures directes ont lieu vers la partie antérieure du

---

(1) Ollivier, d'Angers. *Annales d'hygiène et de médecine légale,* juillet 1844, Paris.

pariétal droit ou gauche, celui qui aura porté contre la proéminence du sacrum et sur celui qui s'est trouvé pressé sur le rebord du pubis. Elles peuvent s'accompagner d'enfoncement.

Les fractures indirectes sont plus rares et l'ecchymose très circonscrite qui les fait reconnaître sera toujours un indice précieux.

Nous ne dirons ici que deux mots d'une lésion spontanée des os du crâne qui pourrait être attribuée dans certains cas à une violence coupable, si un examen trop superficiel conduisait à une appréciation inexacte de la cause de la lésion. Nous voulons parler de l'altération des os du crâne dans le céphalotome. On a vu parfois, en effet, une dépression avec fissure (Höre) ou sans fissure de l'os dans la partie correspondante à l'épanchement sous péri-crânien, mais le céphalotome se reconnaît à des caractères cliniques.

S'il est parfois difficile de se prononcer et de dire si les fractures ont été produites pendant le travail spontanément ou par des violences criminelles, dans la grande majorité des cas ces fractures ont des signes particuliers qui les différencient et lèvent les incertitudes. La forme même du crâne indique la présence ou l'absence d'une viciation du bassin. Si la mère n'est pas une primipare, si le bassin générateur est normale-

---

(1) Danyau, *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1858, p. 163, 278, séance du 7 janvier 1857, séance du 21 janvier; séance janvier 1843, H, p, 40.

Danyau cite deux cas d'enfoncement et de fracture du crâne par vice de conformation du bassin.

Broca, dans un accouchement chez une rachitique, mêmes lésions.

Josselin. Un accouchement par le forceps, plusieurs fractures de l'occipital. *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1857, p. 263 et 278, séance du 7 janvier 1857.

Dans tous ces exemples les fractures se sont consolidées et les enfants ont survécu.

ment conformé (sa mensuration en donne la preuve), si le crâne de l'enfant est normalement ossifié (nous savons que les anomalies d'ossification sont une grande cause prédisposante aux fractures spontanées), enfin si les fractures sont disséminées sur diverses parties du crâne, on peut affirmer que l'enfant a été victime d'une violence extérieure criminelle.

Souvent, on verra que les fractures siègent précisément sur des régions qui n'ont dû éprouver aucune compression. Les accouchements dans lesquels ces lésions peuvent se rencontrer sont trop longs et trop douloureux pour être clandestins; donc, si la mère a accouché secrètement, c'est une raison de plus pour croire à l'infanticide. Les déclarations de l'inculpée relativement à la longueur et à la difficulté du travail, si elles sont véridiques et rationnelles, pourront éloigner un soupçon de culpabilité. Enfin, si toutes ces raisons sont confirmées par l'épreuve de la docimasie pulmonaire, on approchera davantage de l'évidence, car un enfant mort pendant le travail n'a pas assez respiré pour que les poumons surnagent.

Fractures produites par l'application du forceps.

Les manœuvres obstétricales pratiquées avec le forceps ou le céphalotribe peuvent, dans certains cas, produire des désordres aussi profonds et analogues en apparence aux fractures du crâne par violence criminelle (1).

On a pu exercer sur le crâne d'un fœtus, avec les mors du forceps, une force de 100 kilos sans produire de fractures. Toutefois si par le glissement des branches ou à la suite d'une mauvaise conformation du bassin la pression devient

(1) Devergie. Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques (article *Infanticide*).

irrégulière et ne se fait que sur une petite surface de la tête, il y a fracture.

D'après de nombreuses expériences faites à ce sujet, une traction de 80 à 150 kilos dans les cas de rétrécissement du bassin, a produit des fractures du pariétal, du frontal et de l'occipital. La pression étant en général la moitié de la traction, il s'ensuivrait que la force qui a déterminé la fracture était de 40 à 60 kilos. Mais une force de 20 kilos est suffisante lorsqu'elle agit perpendiculairement. Lorsqu'on applique le forceps, elle ne s'exerce qu'obliquement.

Les opérations obstétricales se font assez au grand jour et ne sont pas tenues secrètes, il s'y ajoute une foule de circonstances de fait qui suffisent pour éloigner toute idée d'infanticide. Il reste toujours cette différence capitale qui rend toute erreur impossible que, lorsqu'il y a des lésions osseuses, on les constate chez des enfants qui n'ont pas respiré, tandis que dans les cas d'infanticide la respiration et la vie extra-utérine attestent que le crâne a été brisé, non pendant le travail et par le fait de l'accouchement, mais bien après la naissance et toujours par des manœuvres criminelles.

CHAPITRE III

FRACTURES DU CRANE PRODUITES AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT

Accouchement spontané debout.

Il y a des circonstances où l'on peut admettre sans peine qu'il y a eu accouchement spontané involontaire et écarter, par ce seul fait, l'accusation de culpabilité. Exemples :

1° Une femme complètement idiote (Chambéry en cite un cas observé à la Salpêtrière);

2° Une femme frappée d'apoplexie au moment de l'accouchement;

3° Sous l'influence d'une substance stupéfiante (cas de la comtesse de Saint-Géran, cité dans les causes célèbres);

4° Dans une attaque d'éclampsie;

5° Chez une femme atteinte de lésions profondes de l'abdomen, dans les cas d'éventration par exemple (voir l'observation).

Dans toutes ces circonstances, la femme est inconsciente de son état, tandis que dans les cas que nous allons étudier dans ce chapitre, non seulement la femme a eu conscience de son accouchement, mais c'est elle-même qui le raconte plus ou moins véridiquement.

Pour admettre que le nouveau-né, brusquement expulsé du sein de sa mère, puisse se briser le crâne en tombant sur le sol, il faut supposer d'abord que la femme ait accouché debout. Elle ne manquera pas de le déclarer, mais il est rare qu'on en ait la preuve. La défense peut soutenir : 1° que l'enfant a été

projeté (comme par un coup de pistolet); c'est poser à l'expert cette question : La force expulsive de l'utérus est-elle capable de projeter le fœtus et d'accélérer la vitesse de la chute?

D'après les travaux de Pouillet et de Schatz, dont les expériences ont été confirmées depuis par d'autres accoucheurs, il est admis que la force expulsive de l'utérus en contraction est évaluée à 26 kilos en moyenne.

La force expulsive de l'utérus équivalente à 26 kilos est utilisée et dépensée entièrement, d'après nous, à faire passer le corps du fœtus à travers la filière pelvi-génitale. Bien des opinions diverses ont été émises à ce sujet. En supposant un vagin très dilatable, un périnée de multipare précédemment déchiré, ou bien aussi extensible et aussi souple qu'on voudra, un bassin très large, un fœtus de dimensions au-dessous de la normale, il est indéniable, même dans ces circonstances, que la force utérine est nulle au moment où la dernière partie fœtale se dégage à la vulve. Pour que les contractions utérines se produisent efficacement il faut la présence même du fœtus sur lequel cet organe exerce son action. Il ne reste donc comme force active que l'action de la pesanteur.

Encore faut-il, pour que l'enfant tombe sur le sol dans l'accouchement spontané debout, que le placenta n'oppose aucune résistance et soit expulsé dans le même temps, ce qui est très rare en obstétrique et d'ailleurs facile à constater.

Si l'expulsion simultanée du délivre n'a pas eu lieu, il faudra admettre la chute de l'enfant sans rupture du cordon. Or le cordon ombilical a rarement plus de 50 centimètres, c'est-à-dire une hauteur moindre que la hauteur des parties génitales de la femme au sol.

Si le cordon est rompu, le poids d'un nouveau-né est-il suffisant pour avoir produit cette rupture? Négrier et bien d'autres ont fait des expériences sur la résistance du cordon

d'après lesquelles cette force a été évaluée à 5 kilos en moyenne. Or, le poids d'un enfant nouveau-né varie entre 3 et 4 kilos au moment de la naissance, un fœtus de 5 kilos serait une monstruosité. Le poids de l'enfant est donc insuffisant pour rompre le cordon (1).

Toutes ces données expérimentales s'ajoutant, tendent, comme on le voit, à diminuer la force de la chute de l'enfant et par suite les chances de fracture du crâne dans l'accouchement spontané debout. Nous verrons d'ailleurs que dans les cas que l'on cite, en admettant qu'ils soient exacts, les enfants survivent très facilement à ces prétendues fractures.

L'accouchement spontané debout est-il possible?

Pendant très longtemps, les auteurs ont admis que, dans les accouchements précipités, la femme surprise par la rapidité du travail, n'ayant pas le temps de s'accroupir, l'enfant pouvait sortir tout à coup de la matrice, tomber sur le sol la tête en avant et se heurter assez violemment pour se fracturer le crâne. L'admission de cette possibilité devenait pour l'expert médical une cause de grand embarras et favorable à la défense de l'accusée.

Klein, le premier, s'éleva contre ces idées et publia ses 183 cas de chute de l'enfant dans des accouchements debout, sans fracture du crâne. Henke, puis Hohl nièrent après lui la possibilité d'une lésion mortelle produite par la chute de l'enfant dans ces mêmes circonstances. Et cependant, bon nombre d'auteurs, et des plus autorisés, citent des cas qui

---

(1) Négrier. Recherches médico-légales sur la longueur et la résistance du cordon ombilical au terme de la gestation.

paraissent indéniables. Jayet (1), dans sa thèse, en cite deux cas. Tardieu, dans son Traité de médecine légale, rapporte également des exemples de fractures du crâne produites dans des accouchements spontanés debout, le fait ayant été constaté par des témoins. Ollivier (d'Angers), Danyau, donnent des observations de fractures produites dans les mêmes conditions. On n'en finirait pas si l'on voulait citer tous les faits de ce genre les plus dignes de foi. Casper également partage cette opinion. Nous citerons ici textuellement ce qu'il a écrit à ce sujet qui nous paraît résumer la discussion :

« Une fille voulant cacher son état, éprouvant des douleurs horribles, lutte contre le travail.....

» Si au bout d'un certain temps les circonstances lui permettent de se réfugier dans un endroit solitaire, l'accouchement peut avoir lieu en vertu de ce qu'a appelé très bien Vecgaud un véritable tétanos de la matrice. Nous n'avons pas l'habitude d'un grand nombre de nos collègues de nous apitoyer sur le sort des sujets présentés à l'expertise, nous ne faisons pas parade d'une philanthropie exagérée et déplacée, mais nous ne pouvons nous empêcher d'admettre cet enfantement subit qui peut avoir lieu dans n'importe quelle position. Nous citerons l'observation 378, dans laquelle l'on voit une bonne dont la grossesse était ignorée qui marchait à côté de sa maîtresse dans la rue par un grand froid. Elle portait un lourd panier et éprouvait les douleurs de l'enfantement; elle accoucha en présence de sa maîtresse dans la rue et subitement pendant qu'elle marchait. On verra, dans l'observation 377, une femme accouchant debout en parlant à sa voisine. Dans un autre cas, l'accouchement eut lieu pour ainsi dire en

---

(1) Jayet. Des fractures des os du crâne chez les nouveau-nés (thèse de Paris, 1858).

l'air, la femme avait son lit élevé et ne pouvait y parvenir qu'en montant sur une chaise.

» Après avoir éprouvé des douleurs pendant un certain temps, elle se décida à se coucher, elle mit un pied sur la chaise et de l'autre elle voulut enjamber jusque sur le lit; c'est à ce moment là précisément que l'enfant sortit tout à coup des parties génitales, tomba sur le sol et se fit des blessures mortelles. Dans un autre cas, un enfant naquit dans les fosses d'aisances, tomba dans la fosse et se blessa grièvement sur les fèces gelées. Il y a quelques années une personne qui se déshabillait debout, accoucha dans cette position sous les yeux de ses compagnes.

» Enfin je n'oublierai jamais un cas qui s'est présenté dans ma pratique privée; c'était une jeune dame qui était venue à Berlin chez sa mère pour y faire ses couches, elle en était à son troisième enfant, elle était debout en face de sa mère, lorsque tout à coup les douleurs de la délivrance l'envahirent, elle accoucha subitement dans cette position, d'un enfant qui tomba sur le tapis sans se faire de mal; de telles observations prouvent bien qu'une femme peut accoucher subitement, quelle que soit la position dans laquelle elle se trouve, et que l'enfant peut tomber des parties génitales sur le sol et se faire des blessures plus ou moins graves à la tête » (1).

Expériences de Lecieux (2). — On laissa tomber d'une hauteur de 50 centimètres et verticalement quinze enfants morts-nés la tête la première sur un sol carrelé. Douze de ces enfants présentèrent une fracture des deux pariétaux. On laissa tomber de la même manière quinze enfants de la hauteur d'un mètre, douze d'entre eux présentèrent également des

(1) Casper. Traité de médecine légale. Paris, 1862, t. II.

(2) Lecieux. Considérations sur l'infanticide, Paris, 1819.

fractures des os pariétaux s'étendant chez quelques sujets jusqu'au frontal. Lorsqu'on essaya de laisser tomber des enfants d'une plus grande hauteur, les commissures membraneuses de la voûte du crâne se relâchèrent ou même se rompirent, souvent le cerveau fut altéré dans sa forme, et dans quelques cas on trouva sous les méninges un épanchement de sang produit par la rupture de quelques vaisseaux; ce ne fut guère que sur des enfants dont les os étaient très mous et très flexibles qu'on ne trouva pas de fractures.

Citons encore les 183 cas recueillis par Klein.

Hohl, après avoir analysé et critiqué ces expériences, conclut avec une certaine assurance que nous appouvrons personnellement. On reproche à cet auteur de n'avoir vu que ce qui se passait dans la pratique obstétricale. Est-il vrai que les choses se passent différemment dans l'exercice de la médecine légale ? Voici dans quels termes il s'exprime : « Pour que l'enfant » tombe, il faut que la femme accouche debout ou accroupie; » dans ce second cas la distance des parties génitales au sol » est trop peu considérable pour qu'il puisse se produire chez » l'enfant des fractures du crâne. Quant à la position debout, » je ne la crois pas possible, car une femme a toujours le » temps de s'étendre par terre au dernier moment de la » délivrance.....

» Les mères accusées d'avoir fracturé le crâne de leur enfant » et qui nient en prétendant que la fracture a été produite par » suite d'un accouchement debout, ces mères mentent ».

Au point de vue qui nous intéresse ici, ce qui ressort clairement de cette longue discussion est que : 1° l'accouchement spontané debout ne peut avoir lieu que dans des circonstances exceptionnelles où la culpabilité de la femme ne vient à l'idée de personne; 2° s'il est prouvé par des expériences nombreuses et dignes de foi qu'un enfant, tombant

de diverses hauteurs depuis cinquante centimètres jusqu'à un mètre et au delà, sur un sol dur, présente très souvent des fractures du crâne, dans la grande majorité des cas, les enfants nés vivants peuvent impunément faire ces chutes; 3° tous les prétendus cas d'accouchements debout sont très discutables, et l'on ne peut citer un seul exemple bien confirmé, indiscutable, d'un enfant mort par fracture du crâne, suite d'un accouchement debout. Des fractures du crâne, même assez étendues, peuvent ne pas entraîner la mort du nouveau-né; il y a des exemples d'enfants nés vivants après avoir subi la céphalotripsie.

Un grand nombre de ces fractures accidentelles en forme de fissures restent quelquefois méconnues et se consolident sans que leur existence ait été soupçonnée.

Toutes les fois que l'on trouvera sur le crâne d'un nouveau-né des fractures multiples ayant provoqué la mort, la mère niant la participation, on peut affirmer, d'après nous, qu'il y a eu infanticide.

L'expert médical, dans ces circonstances, doit s'enquérir de toute l'histoire de l'accouchement, considérer le rapport qui existe entre les dimensions du bassin de la mère et celles de la tête et des épaules du fœtus, l'inclinaison du bassin, du vagin et du périnée, l'état du cordon, les circonstances de lieu, bien examiner le sol dans quelques cas on pourrait retrouver sur l'enfant des débris provenant du sol sur lequel le crâne s'est perforé, voir la hauteur de laquelle l'enfant est dit tombé en interrogeant l'inculpée, enfin le rapport qui existe entre la gravité des lésions et toutes les circonstances précédentes.

Lorsqu'un enfant est ainsi tombé sur le sol et s'est fracturé le crâne, la lésion occupe naturellement un point élevé du sommet, la fracture est directe, simple, linéaire, peu étendue, souvent ne consistant qu'en une simple fissure, sans lésion

des parties molles, avec ecchymoses et épanchements du sang coagulé au point où la tête aura heurté le sol. Si le choc a été très violent, ces fractures peuvent s'étendre au frontal et au temporal, mais ordinairement, lorsqu'elles sont multiples, elles sont disposées en rayon partant d'un centre. Elles sont unilatérales lorsqu'elles siègent sur les pariétaux. Si les autres os du crâne sont en même temps fracturés, il y a beaucoup de chances pour que la lésion n'ait pas été produite par une chute, mais bien plutôt par un coup porté directement. Il ne peut y avoir, en effet, de contre-coup, vu la flexibilité du crâne d'un nouveau-né.

De légères fissures des pariétaux rendraient vraisemblable le récit d'une femme qui prétend que son enfant est tombé pendant l'accouchement, surtout si l'autopsie révélait des vices d'ossification. Dans les infanticides qui ont lieu après la naissance, les lésions que l'on retrouve sur la victime sont toujours très graves, très complexes; il faut que le crime soit vite consommé et la mère dénaturée n'hésite pas sur le choix des moyens, ayant toujours peur qu'il reste à l'enfant une parcelle de vie.

CHAPITRE IV

FRACTURES PRODUITES PAR LE PASSAGE FORCÉ DE LA TÊTE DE L'ENFANT MORT OU VIVANT A TRAVERS LA LUNETTE DES CABINETS D'AISANCES

C'est plutôt pour faire disparaître l'enfant que pour lui ôter la vie qu'on le précipite dans les fosses d'aisances. Il n'est pas rare que le nouveau-né y soit jeté vivant et qu'il ne subisse alors des violences criminelles.

« Chose singulière, dit Tardieu, il semble que ce soit là le » moyen le plus sûr de faire disparaître les traces d'un infan- » ticide. La malheureuse qui vient d'accoucher clandestine- » ment et qui a tué son enfant n'a rien de plus pressé que de » le jeter dans les latrines et elle se croit assurée du secret et » de l'impunité; il y a, en effet, une erreur fort répandue, c'est » que le corps délicat d'un nouveau-né ne résistera pas long- » temps au contact des matières et ne tardera à être détruit. » Mais, outre que c'est le contraire qui est vrai, les fosses » fouillées au moindre soupçon d'infanticide gardent long- » temps et rendent sûrement le cadavre qui y a été jeté.

» C'est du dépotoir que viennent à la morgue un très grand » nombre de nouveau-nés qui ont péri d'un crime » (1).

Quelquefois, l'enfant jeté vivant dans les latrines a pu être retiré à temps, mais malheureusement, le plus souvent, les violences qui ont été exercées pour le forcer à passer dans le tuyau de chute l'on fait périr et le cadavre a séjourné un temps plus ou moins long dans la fosse.

---

(1) Tardieu. Etude médico-légale sur l'infanticide. Paris, 1868.

Le cadavre d'un nouveau-né retiré d'une fosse d'aisances exhale une odeur particulière, non pas franchement fécale, mais crue et pénétrante. Les téguments sont d'un blanc verdâtre si le séjour a été peu prolongé, mais ils brunissent ensuite ainsi que les os. La putréfaction s'établit lentement et sans produire une quantité notable de gaz, de sorte que les corps subissent une véritable momification au lieu d'augmenter de volume. La décomposition ne produit pas des désorganisations aussi profondes que lorsque le cadavre est abandonné dans toute autre condition. Aussi est-il plus facile de reconnaître les fractures même lorsqu'elles sont anciennes et de répondre à la question souvent posée par les magistrats : Ont-elles été produites avant ou après la mort ?

Toutefois, comme le fait remarquer Tardieu : « L'aspect » blafard que revêt la peau sous l'influence de l'atmosphère » de la fosse pourrait changer l'aspect superficiel des lésions; » il est donc nécessaire de pratiquer des incisions sur tous les » points excoriés et de constater dans le tissu cellulaire sous- » cutané l'injection des vaisseaux capillaires, l'extravasation » sanguine. L'infiltration de sang ne fait jamais défaut si » l'enfant a été jeté vivant. Lorsqu'il y aura fracture du crâne, » on trouvera de vastes épanchements de sang dans le cuir » chevelu et à la surface du cerveau, qui faciliteront le diagnos- » tic. Enfin, chez l'enfant qui a été jeté vivant, on trouvera les » matières fécales dans la bouche, l'œsophage et l'estomac ».

Nous avons étudié, précédemment, la possibilité des fractures du crâne dans les accouchements spontanés debout et les fractures résultant d'une chute, nous n'aurons à traiter ici que des circonstances de fait et de lieu qui accompagnent les accouchements dans les cabinets d'aisances. La défense s'appuie souvent sur ces détails, il est bon de prévoir les objections afin de pouvoir la réfuter par des preuves indéniables.

L'enfant a-t-il pu tomber accidentellement dans la fosse au moment de l'expulsion? La plupart des accusées le prétendent, mais le fait est à peu près impossible, c'est notre opinion. Il est regrettable que les auteurs les plus autorisés restent sur ce sujet dans des restrictions insoutenables. Pour que cette chute accidentelle puisse avoir lieu, il faudrait un concours de circonstances tellement extraordinaires que nous croyons pouvoir affirmer, au contraire, qu'en thèse générale, le corps d'un enfant ne peut tomber dans la fosse de lui-même au moment où la femme y accouche, encore moins se fracturer le crâne. En admettant que la femme ait pu accoucher en voulant satisfaire au besoin de la défécation, ce que nous discuterons, il faudrait encore démontrer que :

1° L'accouchement a été spontané;

2° Le cordon a rompu ou le placenta a été expulsé en même temps que l'enfant;

3° Que la lunette est construite de telle manière que l'aire correspond à l'angle que ferait le plan vulvo-vaginal d'une femme accroupie;

4° Que l'orifice de la fosse ou du tuyau de chute est assez large pour avoir pu laisser passer le corps de l'enfant.

Notre maître, M. le professeur Morache, dans son cours de médecine légale, en traitant cette question, s'est longuement arrêté dans la description technique de la construction des cabinets d'aisances. L'expert médical doit être bien familiarisé avec ces détails pour pouvoir, d'un coup d'œil, juger lui-même de la véracité des assertions de l'inculpée.

La construction des cabinets d'aisances se résume en trois types primitifs, dont les différences sont d'une importance capitale et qu'il faut bien apprécier pour reconstituer le fait d'un infanticide.

Premier modèle. (Latrines à la Turque). — C'est le plus

ancien, le moins hygiénique à tous les points de vue. Il consiste en trois ou quatre planches formant le siège, percées d'un trou circulaire d'un diamètre de vingt centimètres et plus. Le siège repose directement sur un récipient, ou bien il est suspendu à une hauteur variable sur un cours d'eau ou sur une fosse commune. Ce modèle se rencontre à chaque pas dans les campagnes et dans certaines petites villes où les commissions d'hygiène n'existent que sur les registres de la mairie. On peut rapporter à ce modèle beaucoup de latrines publiques et tous les divers autres systèmes sans siège.

Deuxième modèle. — Il indique un degré supérieur de propreté, c'est un appareil de transition; malheureusement, il est encore trop répandu à notre époque où l'on s'occupe tant des conditions d'hygiène publique, où l'on prétend même imposer des mesures préventives contre les maladies épidémiques et infectieuses dont les fosses sont le grand facteur de conservation et de propagation. Il consiste en un siège ordinairement en bois, percé d'un large trou ayant de vingt à trente centimètres de diamètre qui emboîte une cuvette en terre cuite ou en porcelaine, ouverte à sa base par un orifice libre d'un diamètre variant entre dix et quinze centimètres, débouchant directement dans le tuyau de chute.

Troisième modèle. — C'est une modification assez heureuse du précédent. La cuvette, à son extrémité inférieure, est d'une ouverture ordinairement assez petite, d'un diamètre ne dépassant pas huit à dix centimètres. Cette ouverture est fermée par un clapet à bascule ou par un système hydraulique à siphon, les matières tombent ainsi directement dans la fosse par un tuyau de chute ou par branchement coudé. Cet angle arrête très souvent le cadavre et il n'est pas rare que sa présence soit alors décelée par l'obstruation qu'il produit, ou bien si l'enfant a été jeté vivant, par ses vagissements. Des exem-

ples nombreux de ces faits sont signalés par tous les experts légistes.

Nous ne discuterons pas longtemps la possibilité de l'accouchement dans les cabinets d'aisances; ce serait reprendre la question de l'accouchement spontané. Dans les 4/5 des cas, lorsque l'inculpée prétend avoir accouché dans les lieux, il est prouvé qu'elle ment, et si la malheureuse a été réellement surprise par le travail au moment de la défécation et que l'accouchement ait eu lieu dans ces circonstances, elle n'en a pas moins tué après coup son enfant, profitant des circonstances de lieu et de solitude.

Dans quelle position la femme a-t-elle pu accoucher?

Ici encore il n'est pas difficile de la trouver en défaut dans ses racontars. D'après Tardieu, il y a impossibilité pour la femme en travail de s'asseoir sur les latrines, la douleur portant sur le siège et forçant la femme à fléchir les cuisses sur le bassin. Si donc elle était assise, elle a dû ou bien se laisser glisser hors du siège ou bien se renverser en arrière si elle a eu la place. Lorsque la femme est montée sur la lunette dans la position accroupie, il semblerait au premier abord que l'accouchement puisse se faire dans ces conditions puisque les jambes sont fléchies suffisamment. Mais cette position, la femme pourra-t-elle la garder au moment de l'expulsion de la tête? Alors, physiologiquement, elle sera forcée d'écarter les jambes, même assez brusquement; elle perdra l'équilibre, se renversera en arrière et dans presque tous les cas elle glissera nécessairement en bas du siège. Dans les deux cas, l'enfant ne tombera pas dans la cuvette, mais sera naturellement expulsé sur le sol. Nous ne voulons pas tracer ici un cadre absolu pour

tous les cas, nous admettons qu'il puisse y avoir des faits vraiment exceptionnels, mais dans ces cas, pour les admettre, il faudra qu'on nous donne des raisons si évidentes qu'il ne puisse venir à l'idée de les prendre en doute. Qu'il nous soit permis de croire que les trois quarts du temps les choses se passent comme nous l'avons dit. Nous rapporterons dans une de nos observations un fait personnel.

Admettons pour le moment que l'enfant ne tombe pas hors du siège. Se fracturera-t-il le crâne soit sur le rebord de la cuvette, soit à l'orifice inférieur? Ce serait, d'après nous, faire preuve d'une bonne volonté déplacée que de vouloir l'admettre. C'est l'opinion de notre maître, M. le professeur Morache, que nous acceptons pleinement et sans réserve. Pour qu'il puisse se produire des fractures du crâne dans ces circonstances, il faudra toujours qu'il y ait eu des violences criminelles, c'est-à-dire infanticide.

D'abord, d'après les expériences que nous avons rapportées précédemment, serait-il prouvé que la femme a accouché dans les cabinets, il n'est pas possible que l'enfant expulsé de l'utérus, venant par le plus grand des hasards à rencontrer le rebord de la cuvette, ait reçu un choc assez fort pour qu'il y ait eu fracture du crâne, c'est-à-dire mort de l'enfant et chute dans la fosse. D'ailleurs, ces circonstances ne seraient admissibles que si elles s'étaient passées dans des latrines du premier modèle.

Dans celles du second modèle, en admettant que l'enfant ait heurté sur le rebord de la cuvette sans se fracturer le crâne, passera-t-il à travers l'orifice inférieur ? Non, car ici vient s'ajouter un autre obstacle, l'étroitesse ordinaire de cet orifice. Nous avons fait cette expérience, d'essayer de faire passer la tête d'un fœtus de sept mois par l'orifice inférieur de cuvettes de différents modèles; nous avons constaté que toujours, pour

arriver à ce résultat, on était obligé d'exercer une pression assez considérable, il fallait chercher à accommoder les petits diamètres de la tête avec le diamètre de l'ouverture, et lorsque la tête avait franchi l'anneau, il fallait recommencer de nouvelles manœuvres d'accommodation pour faire passer les épaules. Un enfant à terme ou à peu près présente toujours des diamètres supérieurs à ceux que peut avoir cet orifice, le nouveau-né séjournerait donc assez dans la cuvette pour qu'on pût l'en retirer à temps. Enfin, si le fait s'est passé dans les latrines n° 3, il y a impossibilité matérielle que la tête ou le corps puisse passer, le clapet venant obturer l'orifice ou du moins le retrécir sensiblement. A plus forte raison s'il y a un siphon, car dans ce cas la dimension du tube est d'un calibre encore plus inférieur.

Enfin, s'il fallait une dernière preuve, et en matière criminelle on ne doit en négliger aucune, on la trouverait dans l'état du cordon. Pour que l'enfant ait pu tomber, il faut, nous l'avons dit, que le cordon soit rompu ou que le placenta soit expulsé simultanément. Si le cordon est nettement sectionné, l'accusée aura de la peine à soutenir qu'elle a été surprise par une brusque délivrance, l'expert établissant que le cordon a été sectionné avec un instrument tranchant dont elle aurait dû préalablement se munir ou qu'elle serait allée chercher après l'accouchement.

Le crime, dans ces circonstances, se commet beaucoup plus simplement.

La femme qui a toujours caché son état, se sentant prise par les douleurs, se rend dans les cabinets, surtout s'ils sont assez écartés. Là, elle accouche comme elle peut, rompt le cordon avec le premier instrument venu, et lorsqu'elle a un peu repris ses forces, prend l'enfant, le jette violemment dans la cuvette, le presse avec les mains, ou bien saisit un instru-

ment qui se trouve à sa portée et le force à traverser l'orifice inférieur et à s'engager profondément dans le tuyau de chute en faisant subir à la victime une véritable mutilation.

Nous terminerons ce chapitre par une profession de foi que nous n'avons pas la prétention de donner comme une règle générale. Toutes les fois qu'on nous présentera une femme accusée d'avoir tué son enfant en lui fracturant le crâne et que la défense affirmera que les lésions constatées ont été produites accidentellement, la femme ayant accouché dans les lieux d'aisances, *a priori,* sans le moindre scrupule, nous porterons l'affirmation d'infanticide. Une femme qui sait qu'elle est à terme ne s'expose pas à l'éventualité d'un accouchement dans ces circonstances, si elle n'a pas déjà prémédité son crime.

CHAPITRE V

FRACTURES RÉSULTANT D'UNE CHUTE OU DE LA PRÉCIPITATION D'UNE CERTAINE HAUTEUR

Dans l'homicide, les fractures sont produites le plus souvent directement par un instrument contondant; dans l'infanticide, dans la majorité des cas, c'est le corps tout entier qui est projeté. Soit par un acte de cruauté inouï, l'enfant étant vivant, soit après un accouchement clandestin, le cadavre de l'enfant qui a déjà succombé à un autre genre de mort, le plus souvent par suffocation, est lancé dans un cimetière ou dans un fossé, la tête a heurté violemment contre un plan dur, d'où fracture du crâne.

Les fractures occupent des points indéterminés, souvent elles siègent sur un seul côté, caractérisées par une perte considérable de substance avec broiement des os. La dure-mère est déchirée, la substance cérébrale mêlée au sang a jailli au dehors. Très rarement elles intéressent uniquement la base du crâne. Vibert cite le cas d'un enfant nouveau-né jeté dans une cave, qui présentait une fracture concentrique au trou occipital.

La défense, pour écarter la culpabilité de l'accusée, allègue une chute comme cause des fractures.

La tête d'un enfant nouveau-né possède une souplesse particulière qui diminue les chances de fracture dans les chutes peu élevées, ne dépassant pas de beaucoup la hauteur d'un mètre. Nous avons vu, de nos propres yeux, tomber un enfant

de quelques semaines, de la hauteur d'un lit assez élevé sur le plancher de l'appartement, la tête porta la première sans qu'on ait pu croire par la suite qu'il y ait eu fracture du crâne.

Nous ne pouvons pas nier qu'il puisse se produire des fractures dans ces circonstances par suite d'une chute sur un sol très dur, comme sur un pavé par exemple. Jayet, dans sa thèse, cite le cas d'une femme qui accoucha dans la rue en se rendant à l'hôpital. A l'autopsie, on constata des fractures multiples du crâne avec enfoncement sur les deux pariétaux. Ces exemples sont rares, quoi qu'on en dise, et, dans la majorité des cas, on trouve à l'autopsie des anomalies d'ossification qui attestent une prédisposition particulière aux fractures par accident.

Le plus souvent, c'est la mère elle-même qui fait la chute au moment où elle va accoucher. Blot (1) rapporte le fait d'une femme qui, au milieu du travail de l'enfantement, commencé depuis six à sept heures, s'était précipitée par la fenêtre et qu'on relevait avec une fracture de la cuisse et du bassin. Les membranes s'étaient rompues dans la chute et l'enfant, dont la tête était presque à l'entrée du vagin, ne tarda pas à être expulsé. Il était mort et n'avait pas respiré. Il présentait une double fracture transversale des deux pariétaux se bifurquant du côté gauche et un épanchement de sang sous le péricrâne décollé.

Les faits de ce genre abondent, mais la constatation de l'accident étant alors un fait acquis, cette question n'a pas pour nous un grand intérêt. Où la discussion peut devenir plus sérieuse, c'est lorsque la femme prétend avoir accouché spontanément et, l'enfant étant tombé sur le sol, être elle-même

(1) Blot. De la tumeur ou bosse sanguine chez les enfants morts avant le travail (Mémoire de la Société de biologie, Paris, 1855).

étrangère aux causes de l'accident. Nous avons réfuté ces objections, nous n'y reviendrons pas. En dehors de cette allégation, le fait est toujours brutal par lui-même. La gravité et la multiplicité des lésions sont un indice suffisant du crime. Comme caractère particulier, les fractures ainsi produites n'en ont pour ainsi dire pas, elles peuvent siéger n'importe où et le plus souvent la tête a subi un véritable broiement. Enfin, dans ce genre de crime, la coupable cherche à cacher le fait de son accouchement plutôt que les actes qu'elle a commis dans la suite, et lorsque l'enquête a permis de retrouver le corps du délit, elle avoue presque toujours et l'expert médical n'a pas de peine à reconstituer le mode de production des fractures.

CHAPITRE VI

FRACTURES PRODUITES PAR DES COUPS PORTÉS DIRECTEMENT SUR LA TÊTE

Jusqu'à présent, nous n'avons passé en revue que les cas d'infanticide qui peuvent le plus prêter à discussion et être attribués par la défense à des causes accidentelles. Nous abordons dans ce dernier chapitre l'étude des cas où le crime est indiscutable, dans lesquels les fractures du crâne sont empreintes d'une si grande violence qu'une main criminelle seule a pu les produire.

La femme accouche clandestinement et, au moment où l'enfant manifeste sa vie extérieure par ses premiers cris, la mère, obéissant à une impulsion quelconque que nous n'avons pas à analyser ici, saisit le premier objet venu, un bâton, un barreau de fer, une pierre ou bien un instrument usuel de sa profession, qu'elle porte sur elle, frappe sur la tête de l'enfant et lui fracture le crâne. D'autres fois c'est une autre personne, le père de l'enfant ou l'amant de la femme, mais le procédé ne varie guère.

Voici ce qui arrive ordinairement dans ces cas. La violence s'est exercée à la fois en deux points correspondants : l'un qui répond au plan sur lequel reposait la tête, l'autre à la partie sur laquelle l'instrument vulnérant a porté. On constate alors une double fracture siégeant exactement de chaque côté du crâne avec un aplatissement de la tête dans le sens de la pression, et enfoncement fréquent des os brisés. Les fragments en sont très nombreux.

Un autre caractère que l'on n'observe presque jamais dans les autres variétés de fractures et qui, lorsqu'il existe, est un signe de la plus grande valeur, c'est que ces fractures par coups s'accompagnent aussi de plaies du cuir chevelu. Une seule observation suffit pour donner l'analyse de ces fractures.

Voici le résumé d'une observation de Sentex (1) que nous avons recueillie dans le Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux :

Perforation et écrasement de la tête par un pieu.

Plaie du cuir chevelu, qui met à nu les os broyés. A l'union de la partie supérieure du temporal avec le pariétal droit, fractures multiples dans tous les sens avec enfoncement des fragments. Non seulement la boîte osseuse était brisée, mais même un fragment de la dimension d'une pièce de cinquante centimes avait été enfoncée dans la substance cérébrale.

Les fractures peuvent être produites, au moment où la tête apparaît à la vulve, soit par la femme même qui accouche, soit par une autre personne. Les exemples en sont relativement rares. La lésion, dans ce cas, siège toujours sur le frontal, le plus souvent sur l'occipital, d'après la position de la tête au moment où elle se dégage sous l'arcade pubienne.

L'instrument qui a servi à donner le coup laisse sa trace, de même que la blessure faite au cuir chevelu peut en conserver l'empreinte et par sa forme faciliter sa reconnaissance, talon de sabot, lames de ciseaux, etc.

La défense a souvent allégué dans ces cas d'infanticide que la fracture avait été produite par le serrement violent des cuisses au moment où la tête était expulsée, l'accusée ayant voulu retarder l'accouchement.

(1) Sentex. Bulletin de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 1881-2, XI, 286, 300.

Cette objection est facile à réfuter, car on peut affirmer, *a priori,* qu'il est impossible à une femme, la mieux musclée, de fracturer entre ses jambes la tête d'un nouveau-né. Les expériences que nous avons rapportées plus haut sur la pression exercée à l'aide du forceps nous le prouvent encore puisqu'il faut, avec cet instrument rigide, exercer une force de plus de 20 kilos pour produire une fracture. En second lieu, est-il admissible qu'une femme en couches, au moment où la tête a franchi la vulve, puisse maîtriser le réflexe physiologique qui l'oblige à écarter les cuisses ? Non !

Nous étions appelé nous-même, il y a quelques mois, auprès d'une primipare qui eut un accouchement spontané. Le travail ayant marché très rapidement, nous arrivâmes juste à temps pour empêcher l'enfant de tomber sur le sol. La femme était debout, auprès de son lit. Au moment où la tête franchissait la vulve, elle tomba en travers du lit, les jambes écartées.

Tous les accoucheurs ont assisté fréquemment à ce même fait.

La constatation de la fracture donne une preuve encore plus démonstrative. En effet, supposons que la femme ait pu serrer les jambes assez fort pour produire une fracture, elle siègerait sûrement sur les pariétaux et serait peu étendue, alors que au contraire, dans tous les cas de ce genre, la lésion siège de préférence sur le frontal ou l'occipital, comme nous l'avons dit plus haut.

Le traumatisme a été très violent et presque toujours on constate des ecchymoses et des excoriations sur les autres parties du corps qui deviennent alors une preuve indiscutable pour la réfutation.

En terminant, nous citerons un exemple de ce genre d'infanticide rapporté par Bayard :

Les os du crâne étaient broyés en seize fragments.

Epanchement de sang sur toute la surface du cerveau et, en outre, plus de trente excoriations et ecchymoses sur les diverses parties du corps. Malgré l'étendue des lésions, la défense avait allégué que la femme avait pu écraser la tête par le rapprochement violent des cuisses au moment où elle accouchait. L'expert n'eut pas de peine à démontrer que l'allégation était inadmissible en se basant sur l'écartement instinctif et physiologique des cuisses, l'impossibilité à une force musculaire dépassant toute mesure de produire une lésion telle, avec multiplicité des fragments et les nombreuses traces de violence constatées sur le corps dans le cas particulier.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Publiée par Ollivier (d'Angers) dans les *Annales d'hygiène publique*, 1844, p. 139.

La femme P..., cuisinière chez un traiteur de la Barrière du Roule, déjà mère une première fois et accouchée à sept mois, était arrivée au troisième mois de sa grossesse quand elle fut surprise par les douleurs de l'accouchement au milieu de son service, lorsqu'elle venait de descendre à la cave. Là, ses douleurs redoublent et pendant qu'elle est à demi-fléchie et appuyée contre la muraille, elle accouche en appelant à son secours. Quant on arriva près d'elle, elle avait perdu beaucoup de sang; l'enfant était mort au moment de son expulsion, dit-elle, le cordon s'étant rompu.

Résumé du procès-verbal d'autopsie. — Il n'existait aucune tumeur sanguine à la tête de l'enfant. La dissection des téguments du crâne nous fit constater d'abord, dans la région pariétale droite, une ecchymose de 4 centimètres de longueur, sur 15 millimètres de largeur, formée par du sang noirâtre et dans la région pariétale gauche une autre ecchymose de 7 centimètres de longueur sur 5 et demi de largeur avec un peu d'infiltration de sérosité. L'os pariétal droit était intact, régulièrement ossifié et d'une épaisseur normale. L'os pariétal gauche, au contraire, offrait un vice d'ossification particulier et était divisé en quatre fragments; les bords de ces portions d'os étaient ondulées dans la presque totalité de leur étendue, excépté en avant et en haut où les fibres de l'os étaient évidemment brisées dans une longueur de 2 centimètres et demi. Les autres bords de chaque fragment étaient minces, fragiles, comme frangés, tout-à-fait semblables à ceux des portions d'os plats dont l'ossification n'est pas achevée. Dans l'intervalle que ces bords amincis et

sinueux laissaient entre eux, on remarquait de petites lamelles osseuses, dentelées sur leurs bords, qui constituaient autant de petits points d'ossification isolés, correspondant aux parties du pariétal qui présentent dans l'état normal le plus d'épaisseur et de solidité. Il y avait une infiltration de sang sur la dure-mère et sous le périoste dans le trajet de la fracture qui avait interrompu la continuité des fibres osseuses.

OBSERVATION II

Rapportée par Danyau, dans les *Annales d'hygiène publique*, p. 1844 (résumée).

Une domestique âgée de 22 ans, d'une assez forte constitution et d'une santé habituellement bonne, bien conformée, enceinte de son premier enfant et à terme, ressentit les premières douleurs de l'enfantement le 22 juillet 1842, à 1 heure du matin... Elle accoucha à la Maternité après un travail assez long, ayant nécessité la rupture des membranes. L'enfant était mort, mais n'avait certainement cessé de vivre que depuis peu de temps, car un quart d'heure avant la terminaison de l'accouchement, l'auscultation avait constaté des battements de cœur forts et réguliers. L'enfant pesait 3 kilos 875 grammes. La surface du corps était violacée.

On reconnut aussitôt que des fractures nombreuses existaient au sommet de la tête, des deux côtés de la suture bipariétale.

A l'ouverture du cadavre, je constatai que le péricrâne était détaché sur les deux côtés de la suture bipariétale, particulièrement en arrière, que du sang liquide était épanché au-dessous, que les deux pariétaux offraient parallèlement à la suture une série de fractures irrégulières au-dessous desquelles le sang épanché sous le péricrâne avait pénétré; il formait une couche mince sur la dure-mère, décollée d'un demi-pouce à droite et à gauche. Le système vasculaire cérébral était congestionné, les sinus veineux surtout étaient gorgés de sang, mais aucun épanchement sanguin n'existait, soit à la surface supérieure, soit dans les scissures, soit à la base du cerveau, non plus qu'à la surface du cervelet. La masse encéphalique ainsi que les divers organes de la

poitrine et de l'abdomen étaient sains. Le développement était parfait et la conformation partout régulière.

En examinant de nouveaux ces fractures sur la pièce desséchée, on voit qu'elles se sont opérées dans le tiers supérieur des deux os où le tissu présentait des conditions de raréfaction. Suivant une direction générale d'avant en arrière, à distance à peu-près égale de la suture, elles sont onduleuses, irrégulières, déchiquetées, et, dans quelques points, la macération a enlevé quelques petites parties de ce délicat tissu de mousseline que nous avons décrit.

Les fractures n'ont point été produites par une pression directe. On ne peut guère s'en rendre compte, ce me semble, qu'en admettant qu'elles résultent d'un effet de pression latérale qui, après avoir fait chevaucher les deux pariétaux, aura tendu à augmenter leur courbure et les aura fait céder dans les points les plus faibles. Ce sont donc des fractures indirectes.

OBSERVATION III

(Publiée par Ollivier (d'Angers), dans les *Annales d'hygiène publique*, p. 1844-132, p. 128.

Bassin rétréci.

Rose Ch...., âgée de 20 ans, très régulièrement conformée, primipare, entra à la Maternité le 6 mai 1818 et y accoucha le 29 juin suivant.

Cet accouchement se termina naturellement, sans l'intervention d'aucun secours, mais après des douleurs excessives et prolongées pendant 24 heures environ, résultant de la difficulté que la tête éprouva à franchir le détroit supérieur et l'excavation du petit bassin qui présentait une étroitesse assez considérable ; l'enfant était mort lorsqu'il fut expulsé.

La tête du fœtus offrait une déformation particulière; elle était aplatie dans son diamètre vertical; son diamètre bipariétal, au lieu d'être horizontal, était oblique d'avant en arrière et de droite à gauche, de telle sorte que la bosse pariétale gauche était en même temps sur un plan plus élevé que la bosse pariétale droite.

Les dimensions de cette tête desséchée sont les suivantes :

Occipito-frontal, 11 cent. 6 millimètres.

Occipito-mentonnier, 13 cent.

Bipariétal, 9 cent. 5 millimétres.

Sous-occipito bregmatique, 8 cent. 5 millimètres.

Je disséquai ce crâne avec soin et je reconnus que, par suite de la pression violente que la tète avait éprouvée à son passage, le pariétal droit avait été déprimé de telle sorte que son bord inférieur recouvrait en partie la portion écailleuse du temporal correspondant dont le bord était écrasé, tandis que le bord postérieur de ce même pariétal, en s'arc-boutant contre le bord correspondant de l'os occipital, avait déterminé une fracture de ce bord, fracture d'un centimètre d'étendue dans laquelle le pariétal était resté solidement engrené .... Soulèvement assez considérable de tout le pariétal gauche résultant de la dépression que toute la région latérale droite avait subie avec chevauchement de la moitié droite de l'os frontal sur sa moitié gauche. Tous les os sont épais et durs.

OBSERVATION IV

Publiée par Tardieu dans son Traité sur l'infanticide, p. 282.

Autopsie à Bondy, le 9 avril 1849, du cadavre d'un enfant nouveau-né du sexe féminin, bien constitué; cordon coupé à 35 centimètres par un instrument tranchant.

Point osseux du fémur.

Tête. — Epanchement de sang considérable en partie coagulé sur les téguments du crâne; double fracture des os du crâne siégeant près de la tempe droite jusqu'à la bosse pariétale et au sommet de la tête près de la suture sagittale; ces deux fractures sont le résultat de violences exercées sur le crâne, elles sont linéaires et accompagnées de chevauchement des fragments osseux. L'épanchement existe en même temps à l'intérieur du crâne. A la face, nulle trace de blessure; pas d'ecchymoses autour de la bouche et de l'orifice des narines, pas de violences autour du cou.

Les organes thoraciques surnagent, poumons volumineux, violacés, cœur plein de sang coagulé.

Viscères abdominaux sains, estomac renfermant du mucus verdâtre, gros intestin plein de méconium.

Conclusions. — 1° Le cadavre que nous avons examiné est celui d'un enfant nouveau-né du sexe féminin, né à terme, viable, vigoureusement constitué;

2° Cet enfant a vécu, il a respiré;

3° La mort est le résultat de la double fracture du crâne et de l'épanchement de sang qui la suivie;

4° Ces fractures ont été produites par des violences directes et non par le travail matériel d'un accouchement difficile.

OBSERVATION V

Publiée par Tardieu *in ibidem.* Folie hystérique.

Visite de la dame K..., le 28 août 1852, et autopsie d'un enfant nouveau-né.

La dame K..., levée sans expression de douleur, vêtements en désordre, chemise d'une malpropreté révoltante, jambes nues, entourées seulement d'une jarretière de cuir, pieds chaussés de pantoufles dépareillées et tombant de vétusté, attestant un singulier oubli d'elle-même, dit avoir ignoré sa grossesse et n'avoir reçu aucun avertissement de sa délivrance.

Nous constatons chez elle l'existence d'un écoulement sanguin, de développement de la matrice, de gonflement des seins, caractéristiques d'un accouchement tout récent.

Cadavre du nouveau-né du sexe féminin, très volumineux. Cordon ombilical coupé net à 10 cent. Point osseux complètement formé dans les fémurs.

Déformation du crâne, aplatissement du côté gauche; au-dessous de l'œil, sur les ailes du nez, sur les lèvres, des excoriations, des ecchymoses, empreintes d'ongles et de doigts. Ecchymoses sur le haut du bras

gauche et sur le dos de la main. Au-dessous du cuir chevelu, vaste épanchement de sang coagulé, qui recouvre toute la surface du crâne, fractures multiples comprenant le frontal, le pariétal et le temporal gauches, avec écrasement et enfoncement des fragments, avec épanchement dans le crâne.

Les organes thoraciques surnagent, poumons très volumineux, crépitants, pas d'ecchymose sous-pleurale, cœur vide et revenu sur lui-même.

Viscères abdominaux sains, estomac distendu par une grande quantité de salive avalée.

Conclusions. — 1° La dame K..... est tout récemment accouchée; 2° L'enfant est nouveau-né à terme, viable, très vigoureusement constitué; 3° A vécu, a respiré, vie assez longue pour avoir pu avaler la salive; 4° La mort de cet enfant est le résultat de l'écrasement de la tête et des fractures produites par les violences qui ont été exercées sur la tête. Les lésions ne peuvent être attribuées au travail naturel de l'accouchement non plus qu'à la chute accidentelle du corps.

OBSERVATION VI

Publiée par Tardieu, *in ibidem.*

Accouchement dans les latrines et fracture du crâne.

Le cadavre que nous avons examiné est celui d'un enfant nouveau-né, du sexe masculin, du poids de 1,650 gr. présentant un point osseux bien formé dans les cartilages du fémur. Le cordon a été coupé à 5 centimètres et non lié. Le corps est dans un bon état de conservation et la putréfaction est à peine commencée. Les téguments du crâne sont largement excoriés. Il existe un vaste épanchement de sang coagulé, au niveau du pariétal du côté droit, qui présente une fracture étendue correspondant à une fracture du côté opposé et résultant d'une forte pression faite pendant que l'enfant vivait encore.

Au devant du cou la peau offre une teinte d'un rouge livide qui a l'apparence d'une contusion, mais qui ne s'accompagne par d'infiltra-

tion sanguine dans les tissus sous-jacents et n'est autre chose qu'une sugillation cadavérique.

Les organes extraits de la poitrine surnagent.

Quelques excoriations sur les genoux et sur la poitrine.

Conclusions. — 1° Le cadavre que nous avons examiné est celui d'un enfant nouveau-né, du sexe masculin, né à terme, viable et bien conformé; 2° cet enfant a vécu et respiré; 3° la mort est le résultat d'une fracture du crâne déterminée par une forte pression qui a aplati la tête, probablement au moment du passage à travers l'orifice d'un tuyau de latrines.

L'accouchement de la fille R... n'a pu avoir lieu dans les circonstances que celle-ci a déclarées.

L'état de la partie sexuelle de la femme ne permet pas de déclarer si, oui ou non, elle est accouchée d'un enfant à terme....

La rupture du cordon ombilical indique que l'issue du fœtus et de ses annexes n'a pas eu lieu simultanément et de façon que le tout soit tombé directement à la fois dans la fosse.

Cette rupture faite, soit au moment de la délivrance, soit après, suppose des efforts et des tractions qui ne paraissent que très difficilement compatibles avec l'infirmité dont la fille R... est atteinte et qui, dans tous les cas, sont inadmissibles dans les conditions où elle dit s'être trouvée placée au moment de l'accouchement.

OBSERVATION VII

(Personnelle).

Le 22 novembre 1890, à 2 heures du matin, nous fûmes appelé à la hâte auprès d'une femme sur le point d'accoucher.

La femme R..., âgée de 22 ans, très bien constituée, primipare, à terme, s'était couchée la veille dans son lit. A 2 heures du matin, elle fut réveillée par de fortes douleurs. Ne pouvant croire qu'elle accoucherait aussi tôt, elle n'appela d'abord aucun secours, mais les douleurs expulsives se faisant de plus en plus sentir, elle appela sa voisine qui vint

l'assister. On lui conseilla de se lever et de marcher dans la chambre. Elle fait ainsi quelques pas, se contentant de soutenir son ventre avec ses mains à chaque reprise des douleurs. Elle va plusieurs fois sur le vase et les membranes s'étant rompues sans qu'elle s'en aperçoive, elle perdit les eaux normalement.

A partir de ce moment, le travail marcha avec une grande rapidité, la tête s'engagea dans le vagin et elle put elle-même, à plusieurs reprises, constater sa présence à la vulve avec son doigt. Néanmoins, voulant attendre notre arrivée, elle fit tous ses efforts pour soutenir la tête avec ses mains et essaya de serrer les cuisses pour empêcher l'enfant d'être brusquement expulsé.

Au moment où nous entrions dans l'appartement, elle poussa un cri et se renversa en arrière. Nous avions eu le temps de la saisir à bras le corps, elle tomba ainsi en travers de son lit, les jambes écartées, mais pendantes, la jambe droite fléchie, le pied reposant par le talon sur le bord de la traverse du bas du lit. Elle accoucha d'un enfant parfaitement vivant, bien conformé, pesant 3 k. 575 grammes. Après l'accouchement nous pûmes contatater qu'il n'y avait pas eu la moindre déchirure du périnée. Le travail avait duré en tout 15 minutes.

OBSERVATION VIII

(Personnelle).

Prise à la consultation gratuite de gynécologie de M. le professeur agrégé Boursier.

La femme B...., âgée de 34 ans, ménagère, a eu 4 grossesses; le 1er accouchement, enfant mort à 7 mois; le 2e par le forceps à la Maternité de Bordeaux; le 3e à 7 mois; le 4e à terme à la Maternité. Vient à la consultation pour des douleurs qu'elle éprouve dans le bas-ventre avec sensation de poids. Au premier examen on constate qu'elle porte une hernie inguinale gauche, réductible. Elle raconte que, dans sa première grossesse, elle n'a pas été malade, le ventre s'était développé normalement malgré son infirmité. Vers le commencement du 7e mois elle ressentit des tiraillements dans le ventre et, pour se soulager, se munit

d'une ceinture abdominale qu'elle se confectionna elle-même grossièrement. Elle raconte qu'elle était obligée de serrer fortement cette ceinture pour éprouver le moins de douleurs possible. A la fin de son 7e mois, un matin, elle descend de l'étage qu'elle habitait pour aller chercher de l'eau, oublie de mettre sa ceinture et c'est en remontant, sans éprouver d'autres douleurs que quelque augmentation de poids dans le ventre, qu'elle ressent subitement la sensation « de quelque chose qui lui tombait ». Elle s'appuie contre le mur, se penche légèrement pour relever ses jupes et c'est en faisant ce mouvement qu'elle accouche. L'enfant était mort, il fut expulsé en même temps que le placenta, tout sortit à la fois comme un paquet, dit-elle. Le fœtus tomba sur le plancher, de la hauteur de ses parties génitales, un mètre environ; il fut examiné et l'on ne constata aucune fracture du crâne.

OBSERVATION IX

(Personnelle).

La femme D......, âgée de 30 ans, mariée depuis trois mois à peine, avait réussi à cacher à tout le monde son état de grossesse. Etant seule chez elle, une après-midi, elle fut prise des douleurs de l'enfantement et accoucha clandestinement. Elle fit elle-même des tractions sur le cordon et se délivra complètement. Voulant faire disparaître toute trace de son accouchement elle étouffa l'enfant en le roulant dans des linges. Puis, après avoir un peu repris ses forces et avoir lavé les empreintes de sang répandu dans l'appartement et sur ses vêtements, elle attendit la nuit en vaquant à ses occupations journalières. Lorsque tout fut bien tranquille dans la maison elle se rendit avec le paquet renfermant l'enfant dans les cabinets d'aisances.

Les cabinets étaient situés au premier étage, donnant sur une basse-cour, une galerie isolée y faisait communiquer. Ils se composaient d'un siège assez bas, percé d'une ouverture enchâssant une cuvette en terre cuite, suspendue librement sans tuyau de chute, au-dessus d'un fossé de 2 mètres carrés environ, creusé dans le sol de la basse-cour, bordé sim-

plement, à fleur de terre, d'un parapet de vingt centimètres à peine, construit en grosses pierres. Elle défit son paquet dans ce cabinet, en retira le cadavre et les annexes et jeta le tout dans la cuvette. La tête de l'enfant ne put passer; elle saisit alors le manche d'un balai qui était à sa portée et, en écrasant peu-à-peu le corps, elle réussit à le faire passer. Le cadavre, ainsi mutilé, tomba dans le trou, mais se heurta par hasard au rebord de pierre et ne disparût pas dans la fosse.

L'ayant remarqué, la femme D... descendit dans la basse-cour et poussa les débris au milieu des matières, les fit disparaître en jetant des pierres par dessus. Le lendemain quelqu'un aperçut par hasard, sur le rebord de la fosse un fragment osseux auquel adhérait encore un lambeau de cuir chevelu. Cet indice suffit à faire découvrir le crime.

L'accusée chercha d'abord à nier, puis elle essaya de se disculper en donnant une fausse version de son accouchement. Elle prétendit s'être rendue pendant la nuit aux cabinets pour satisfaire à un besoin naturel et que là, pendant qu'elle était assise sur le siège, elle aurait certainement senti qu'elle accouchait, mais que les efforts de l'expulsion l'avaient immobilisée dans sa position. Probablement, d'après elle, l'enfant avait dû tomber dans la fosse et s'être tué en se heurtant aux pierres; elle assurait d'ailleurs ne pas l'avoir entendu crier. Alors elle était descendue et avait voulu simplement le recouvrir par les matières. « Puisqu'il était mort, j'ai cru avoir fait une fausse couche », disait-elle.

L'expertise médico-légale démontra que :

1° L'enfant était à terme, il était viable et avait respiré.

2° Il avait vécu pendant quelque temps et avait péri par suffocation produite par les linges dont on l'avait entouré. On trouva dans la bouche des fils de laine provenant des tricots que la femme D... fabriquait au métier.

3° Le cadavre avait subi une véritable mutilation avec écrasement de la tête et du tronc. On constata sur le crâne de nombreuses fractures siégeant surtout sur les pariétaux et sur l'occipital avec enfoncement des fragments. Le morceau d'os trouvé sur le rebord de la fosse fut facilement reconnu et replacé dans sa position. C'était une esquille de 3 centimètres carrés environ, détachée du frontal. Malgré la déforma

tion générale, on constata encore sur la tête, passant au niveau de la base du front, un sillon circulaire avec repli de la peau, reproduisant l'empreinte de l'orifice inférieur de la cuvette.

On n'eut pas de peine à prouver qu'il était impossible que la femme D... eût accouché comme elle voulait le prétendre et à la convaincre du crime d'infanticide. Elle fit d'ailleurs elle-même, au cours de la procédure, des aveux complets.

CONCLUSIONS

L'infanticide par fracture du crâne est un fait brutal à toutes les acceptions du mot et c'est en vain que la défense peut chercher à l'entourer de telle ou telle circonstance fortuite, inventée ou grossie à dessein pour atténuer le crime.

Il y a des cas cependant où une femme pourrait être accusée à tort d'avoir tué son enfant en lui fracturant le crâne, mais dans lesquels l'expertise médico-légale peut faire la part de la cause déterminante en tenant compte de la cause prédisposante ou occasionnelle. En effet, dans le chapitre Ier, nous avons traité de la facilité avec laquelle les fractures peuvent être produites sur un crâne de nouveau-né atteint de vices d'ossification. Toutefois, comme nous avons cherché à le démontrer et comme il découle des expériences que nous avons citées, il est bien rare que, même dans ces cas, la fracture entraîne la mort de l'enfant.

Nous pourrions en dire autant des fractures produites pendant l'accouchement dans les bassins viciés par défaut de conformation ou par exostoses, ainsi que des fractures produites par le forceps ou par d'autres manœuvres professionnelles. Ces cas sont plutôt du domaine de l'obstétrique que de celui de la médecine légale et ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles qu'ils peuvent être traduits en expertise judiciaire.

Quant à l'accouchement spontané debout, nous avons discuté sa possibilité, et malgré l'opinion et les récits de quelques

auteurs les plus autorisés que nous avons cités, nous émettrons un avis personnel plus absolu. Nous ne croyons pas qu'une femme puisse accoucher réellement debout. Il y a toujours un moment ou elle écarte et fléchit les jambes, où elle s'accroupit en un mot. Le mouvement instinctif et physiologique diminue de moitié, on peut dire, la distance des parties génitales de la femme debout au sol. Nous en avons donné l'observation personnelle de faits vus par nous. Et dans ces conditions, tenant compte du cordon, du placenta, de la filière pelvigénitale, etc., nous soutiendrons que, lorsqu'il y aura eu fracture du crâne ayant entraîné la mort du nouveau-né malgré toutes ces causes diminutives, il y aura sûrement infanticide. Nous avons consulté les registres de plusieurs cliniques d'accouchement, en particulier à l'hôpital Saint-André de Bordeaux et à la maternité de l'hôpital Saint-Charles à Rochefort. Nous avons été surpris de la fréquence de ces prétendus accouchements spontanés debout. Ils se produiraient une fois sur cinquante en moyenne. Mais nous n'avons pu recueillir une seule observation bien précise et pas une de fracture du crâne, suite de la chute du nouveau-né. Il faut donc savoir ce que l'on entend par accouchement debout, si c'est une position intermédiaire.

Dans la question des accouchements ayant eu lieu dans les cabinets d'aisances, malgré les restrictions inexplicables que les auteurs les plus compétents tels que Tardieu et d'autres ont admises, nous pensons qu'on peut être plus sûr de son jugement. D'après nous, c'est ici le cas de formuler un principe *à priori :* « Lorsqu'un enfant aura succombé par suite de fracture du crâne produite par un accouchement dans les latrines, la mère sera toujours coupable d'infanticide ». Toutes les circonstances particulières de lieu invoquées par la défense deviennent accablantes pour l'accusée si on les examine de près. Nous avons insisté sur la description théorique

des différents modèles de cabinets d'aisances, pour bien le prouver. Cette femme, qui fait passer de force le nouveau-né à travers la lunette des latrines en lui écrasant la tête aura autant de peine à se disculper que celle qui aura fracturé le crâne et tué son enfant après l'accouchement en le frappant directement.

Si l'expert médical ne doit pas, dans l'exercice de ses fonctions, porter un jugement sur le crime en donnant son appréciation sur la gravité morale de l'acte commis, il doit également se tenir en garde contre les possibilités parfois vraisemblables en apparence, que l'accusée ou la défense peuvent présenter.

Nous le répèterons en terminant, l'expert devrait avoir présent à l'esprit dans tout le cours de ses opérations, comme nous l'avons eu nous-même en entreprenant ce travail, cet axiome : « Sauf de très rares exceptions, on serait même tenté de dire toujours, les fractures du crâne ayant entraîné la mort du nouveau-né sont le résultat de manœuvres criminelles ».

Vu : *pour le Doyen en mission,*
L'Assesseur délégué,
Dr Ch. BLAREZ.

VU BON A IMPRIMER :
Le Président de la thèse,
Dr G. MORACHE.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 24 octobre 1891.
Le Recteur,
A. COUAT.

TABLE DES MATIÈRES

15,782. — Bordeaux, V[e] Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.